

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

621

Année 1901

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 juillet 1901 à 1 heure

PAR

G. PLANTARD

DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DES MUSCLES

Président : M. LE DENTU

*Juges : MM. { RICHELOT, THIROLOIX
FAURE*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

E. WITSKI & C^{ie}

LIBRAIRES-ÉDITEURS

8, rue Casimir-Delavigne, 8

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 621

POUR

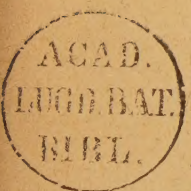
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 juillet 1901 à 1 heure

PAR

G. PLANTARD

DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE
DES MUSCLES



Président : M. LE DENTU

Juges : MM. { RICHELOT, THIROLOIX
FAURE

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

E. WITSKI & C^{ie}

LIBRAIRES-ÉDITEURS

8, rue Casimir-Delavigne, 8

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
	TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique.	PINARD.
Clinique chirurg. infantile.	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. FAURE.	MM. LEPAGE	MM. THIERY
ALBARRAN	GAUCHER	MARFAN	THIROLOIX
ANDRÉ	GILLE DE LA TOURETTE	MAUCLAIRE	THOINOT
BONNAIRE	HARTMANN	MENETRIER	VAQUEZ
BROCA AUG.	HEIM	MÉRY	VARNIER.
BROCA AND.	LANGLOIS	REMY	WALLICH
CHARRIN.	LAUNOIS	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LEGUEU	SEBILEAU	WIDAL
DELBET.	LEJARS	TEISSIER	WURTZ
DESGREZ.			
DUPRÉ.			

Chefs des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A M. LE D^r H. BARTH

Médecin de l'Hôpital Necker.

A M. LE D^r H. MORESTIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A M. LE PROFESSEUR CHARLES RICHET

Membre de l'Académie de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de médecine

Chirurgien de l'Hôpital Necker

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MM. LES P^{rs} GRANCHER ET HAYEM

MM. LES D^{rs} BARTH, CHAUFFARD, DALCHÉ,

GOURAUD, LESAGE, PARMENTIER

Médecins des hôpitaux

MM. LES D^{rs} ARROU, PIERRE DELBET,

LEGUEU, C. MONOD, MORESTIN, RICHELLOT

Chirurgiens des hôpitaux

MM. LES D^{rs} BRINDEAU, DOLÉRIS

Accoucheurs des Hôpitaux

MM. LES D^{rs} BARTHÉLEMY, LE BLOND,

LE PILEUR, OBERLIN, WICKHAM

MM. LES D^{rs} JULLIEN, OZENNE, VERCHÈRE

Médecins et Chirurgiens de Saint-Lazare

A M. LE D^r DESNOS

A MON AMI

PAUL BOURGEOIS

Interne de Saint-Lazare

Pour le travail ingrat auquel cette thèse l'a astrein



EXPOSITION ET DIVISION DU SUJET

Notre maître le docteur Morestin, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de tuberculose primitive des muscles nous a engagé à réunir toutes les observations que nous pourrions trouver sur ce sujet et à lui consacrer notre thèse.

Nos prétentions sont modestes : Nous ne présentons pas un travail original ; nous ne cherchons pas à montrer sous un jour nouveau l'affection que nous allons tenter de décrire.

Notre intention est seulement de faire sous ce titre : Tuberculose primitive des muscles, une revue générale de la question.

Nous montrerons la rareté de la myosite tuberculeuse primitive et nous en chercherons l'explication ; avec les auteurs nous étudierons l'anatomie pathologique. Nous décrirons les caractères de l'affection, sa marche ; nous essayerons de la différencier des autres maladies du muscle. Nous dirons un mot du traitement qui est chirurgical.

DÉFINITION

La tuberculose frappe les muscles de deux façons ; ou bien elle les envahit par contiguïté, en partant d'un os, d'une articulation voisine, malades : C'est le psoas, par exemple parsemé de nodules tuberculeux à la suite d'une coxalgie ; c'est le grand pectoral envahi à la suite d'une adénite bacillaire de l'aisselle.

Voilà la tuberculose secondaire des muscles.

Mais, le foyer musculaire, peut aussi être indépendant de toute lésion de voisinage ; la tuberculose frappe le muscle d'emblée (Lejars).

Voilà la tuberculose musculaire primitive. Tuberculose musculaire hémotogène, disent les Allemands ; dénomination meilleure sans doute, puisque dans la plupart des cas il y a dans les poumons, ou ailleurs, un foyer bacillaire préexistant, et que par conséquent le mot primitif est détourné de son sens habituel.

C'est cette forme primitive de la tuberculose des muscles que nous allons étudier. Encore, limiterons-nous notre sujet aux seuls muscles du squelette.

HISTORIQUE

La tuberculose primitive des muscles est connue depuis peu de temps. C'est au 5^e Congrès Français de chirurgie que Delorme, d'une part, J. Reverdin de l'autre rapportent les premières observations cliniques nettes et détaillées de cette affection qui « n'avait pas encore fixé l'attention des chirurgiens. »

Cependant la tuberculose primitive des muscles n'avait pas complètement échappé aux minutieux observateurs des époques précédentes. L'abcès froid intra-musculaire, en particulier, qui est la manifestation la plus fréquente de cette localisation de la tuberculose est signalé dès le commencement du XIX^e siècle. Seule sa pathogénie est incertaine, et les auteurs qui décrivent cette lésion, ne la rapporte pas à son origine véritable.

Ainsi Desprez dans sa thèse d'agrégation (qui date de 1866) sur les Tumeurs des muscles, rapporte, d'après des observations anciennes, un certain nombre de cas d'abcès à marche lente, paraissant développés primitivement dans le muscle et auxquels il donne

le nom d'abcès chroniques. Il nous apprend pendant qu'il existe dans la science une observation, au moins, d'abcès tuberculeux intra-musculaire : « Il s'agit d'un malade atteint à la fois de tubercules et de rhumatismes. A l'autopsie, on trouva une tumeur de l'avant-bras gauche qui reconnaissait pour cause la présence de pus séreux dans les muscles radiaux externes ; et, en plus, dans le deltoïde, un abcès rempli de pus jaunâtre semblable à du tubercule ramolli. » (Thèse Latour, Paris, 1803.)

Des cas d'abcès froid musculaire que, sous le nom d'abcès chronique, Desprez oppose aux abcès chauds et à l'abcès tuberculeux de Latour, deux sont tirés du compendium de chirurgie de 1851. Ils sont rapportés l'un par Denonvilliers, l'autre par Bérard.

Après avoir tracé une rapide description de l'affection les auteurs nous donnent le moyen de la localiser. « En outre, écrivent-ils, de la mobilité ou de la fixité de ces tumeurs suivant le relâchement ou la contraction musculaire, il y a un autre élément de diagnostic dans l'enfoncement de la masse pendant une contraction. Si la tumeur semble se cacher derrière des bandes résistantes, elle doit être située dans le muscle. »

Les autres cas cités par Desprez, sous la rubrique abcès chroniques, et qui sont pour

nous des abcès tuberculeux musculaires sont tirés d'un mémoire de Linhart paru en Allemagne en 1859. Sous le nom d'abcès idiopathiques froids, cet auteur décrit des abcès tapissés par une membrane pyogénique bien organisée se développant sans phénomènes inflammatoires et dont le pus se développe soit entre les muscles, soit au sein du tissu musculaire. Ces abcès froids des muscles existent surtout au thorax, ne sont pas accompagnés d'épanchement pleurétique, ni d'une maladie pulmonaire. On les trouve de préférence chez des scrofuleux entre 16 et 50 ans.

Linhart propose comme traitement local de ces lésions, le séton filiforme, le tube à drainage de Chassaignac, ou bien, si l'abcès est volumineux, des ponctions répétées au bistouri.

Des injections iodées dans le foyer de suppuration seraient de bonne pratique. Comme traitement général : régime tonique et huile de foie de morue.

Au contraire de Desprez, l'auteur allemand semble donc avoir reconnu que l'affection qu'il décrit est de nature tuberculeuse.

Il faut aller jusqu'en 1886 pour retrouver des observations de tuberculose musculaire primitive. Habermaas puis Muller en pu-

blient chacun un cas avec examen microscopique. L'année suivante Fisher rappelle que ces auteurs ont, les premiers, prouvé d'une façon scientifique l'existence de la tuberculose primitive des muscles qu'il faut bien différencier de l'envahissement du muscle consécutif à la tuberculose d'un organe voisin. Mais il fait à ce propos une distinction subtile et fausse entre la tuberculose primitive du tissu cellulaire du muscle et celle de la substance musculaire elle-même.

Après les observations de Delorme et de Reverdin, au Congrès de 1891, qui accliment cette question en France, paraît en 1893 l'important mémoire de Lantz et de Quervain : « De la tuberculose hémostogène de muscles. » Ils y donnent la première description d'ensemble de la maladie en se fondant sur huit observations personnelles, et y étudient très longuement, la symptomatologie et l'anatomie pathologique de l'affection.

A la suite de ce travail, la myosite tuberculeuse primitive entre dans le domaine classique. Lyot, dans le *Traité de Le Dentu*, et surtout Lejars, dans le *Traité de Reclus*, lui consacrent un chapitre court mais substantiel dans lequel nous puiserons souvent.

Enfin, en 1897, sont soutenues à Paris sur ce sujet deux thèses : la thèse de Grout, puis la thèse d'Hémery, qui rapporte deux observations inédites prises dans le service du professeur Le Dentu.

PATHOGÉNIE

Tous les auteurs s'accordent pour proclamer la rareté de la myosite tuberculeuse primitive.

Cette rareté, d'ailleurs peut être plus apparente que réelle, nous la constatons également. En effet, en l'espace de 11 années, nous n'avons pu recueillir de cette lésion, que vingt-quatre observations probantes. Comment expliquer ce respect de la tuberculose pour le muscle.

Une rapide excursion dans le domaine de la pathologie composée, va nous permettre, croyons-nous, de donner la raison de ce fait.

La tuberculose des bovidés, dont on sait la fréquence chez ces animaux, présente avec la tuberculose humaine, la plus grande analogie, tant dans la marche que dans ses localisations.

Or, en parcourant les recueils spéciaux, nous n'avons pu trouver, dans ces dix dernières années, qu'un cas de tuberculose

musculaire primitive dans la race bovine. Ainsi cette affection est rare également dans une race que la tuberculose frappe avec prédilection. D'ailleurs, la non virulence des viandes, c'est-à-dire des musclés, provenant d'animaux porteurs de lésions de tuberculose généralisée est un fait acquis depuis longtemps dans la science vétérinaire. Ces expériences ont été répétées là-dessus à l'infini. Une des plus saisissantes est celle-ci

M. Thomassin (Congrès de la tuberculose, 1898), expérimente sur dix porcelets qu'il divise en deux séries.

A sept d'entre eux, il donne à ingérer de la viande d'animaux atteints de tuberculose généralisée. Aucun ne devient malade. Les trois autres sont nourris avec de la viande mêlée d'esquilles osseuses provenant d'animaux, dans la moelle des os desquels on avait trouvé des bacilles de Koch : les trois porcelets meurent tuberculeux.

On peut conclure que s'il s'était trouvé des tubercules ou des bacilles dans la viande donnée aux animaux du premier lot, ils seraient devenus malades comme ceux de la deuxième série.

D'autre part on n'a presque jamais pu réussir à inoculer la tuberculose à des cobayes auxquels on injectait du suc muscu-

laire de bovidés tuberculeux. Et pour les rares cas positifs qui ont été publiés, on peut les récuser en disant que la viande avec laquelle on avait expérimenté, était infectée en surface par le contact avec des produits tuberculeux. Donc pas de tuberculose des muscles et pas de bacilles chez les bovins si souvent porteurs d'autres manifestations de tuberculose...

Mais il y a plus. Les expériences récentes du professeur Richet sur le traitement de la tuberculose expérimentale du chien par l'ingestion de suc musculaire, démontrent que les animaux soumis à cette médication deviennent réfractaires au développement de la tuberculose.

Ainsi, non seulement les muscles sont un milieu éminemment défavorable au développement du bacille tuberculeux (Nocard), mais encore il semble qu'ils exercent une action destructive sur ce même bacille. « On peut supposer, nous a dit le professeur Richet, avec qui nous nous sommes entretenus à ce sujet, on peut supposer qu'il y a dans le muscle, une antitoxine tuberculeuse. En effet, on connaît la tuberculose de tous les organes de l'économie et on ne connaît pas de tuberculose du muscle, du moins de tuberculose de la fibre striée, dans laquelle personne n'a jamais vu une cellule géante.

Les cas de tuberculose musculaires qui sont rapportés, ne montrent de lésions que dans le tissu conjonctif du muscle. »

Ainsi, et c'est là un fait qui sera confirmé par l'étude anatomopathologique de cette lésion, il n'y a pas *de la tuberculose du muscle* mais *de la tuberculose dans le muscle*.

C'est dans le tissu conjonctif interstitiel que se développe le follicule tuberculeux, C'est en suivant les espaces conjonctifs inter-fasciculaires que les lésions progressent et le fibre musculaire en vertu d'une immunité spéciale ne se laisse pas envahir.

Il nous semble donc pouvoir terminer cette courte étude de pathologie comparée par les conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas de tuberculose musculaire à proprement parler ; il n'y a que *de la tuberculose du tissu conjonctif du muscle*.

2° Même, avec cette restriction, on peut dire que la tuberculose primitive des muscles est une affection rare.

3° Nous expliquons cette rareté de la manière suivante :

La fibre musculaire striée possède vis-à-vis du bacille de Koch une immunité spéciale, s'exerçant à distance, pour empêcher la contamination du tissu conjonctif qui l'entoure.

Quoi qu'il en soit, les observations montrent qu'à un moment donné et pour des causes que nous ignorons, la résistance de l'organe musculaire est forcée. Le bacille de Koch s'arrête dans le tissu conjonctif et y trouve un terrain qui n'est plus réfractaire. La myosite tuberculeuse primitive est alors constituée.

Que nous apprend l'étiologie sur le développement de la tuberculose du muscle.

Sexe. — De la lecture des observations nous relevons : 6 femmes pour 20 hommes.

Age. — C'est entre quinze et trente ans, semble-t-il, que le mal soit le plus fréquent ; le plus jeune des malades avait sept ans ; le plus âgé cinquante-neuf.

Hérédité. — L'hérédité de la tuberculose est mentionnée dans quelques observations ; elle paraît être l'exception.

Antécédents personnels. — Rarement, il nous a été donné de relever une maladie antérieure pouvant être invoquée comme cause de moindre résistance ; la rougeole, il est vrai, est signalée dans quelques observations ; mais, d'abord, c'est là une maladie à laquelle bien peu de personnes échappent, et de plus, dans le cas particulier, cette affection remontait à une époque lointaine.

Habitus extérieur. — Quant à l'habitus extérieur, tantôt le malade est noté comme vigoureux, musclé, tantôt au contraire, il est d'une maigreur extrême, de constitution faible, petit, scrofuleux, et là encore on reconnaît les allures générales de la tuberculose qui se plaît en des terrains si variés.

Si, maintenant, nous cherchons les causes déterminantes de l'affection, aurons-nous lieu d'être plus satisfaits?

Chez un malade de Morstin, soldat, la tumeur apparut au point précis où portait la courroie de son sac. Y a-t-il là, relation de cause à effet?

Dans quelques observations, un effort violent est invoqué. Ailleurs, c'est la fatigue musculaire.

Lanz et de Quervain admettent son influence en se basant sur les expériences de Roth qui a déterminé des altérations de la fibre musculaire en la soumettant à une hyperexcitation électrique.

La localisation si fréquente de la tuberculose dans le triceps cural, dans les fléchisseurs de la main, dans les muscles péri-articulaires, donne peut-être du poids à cette opinion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

De la lecture des observations il résulte que la tuberculose musculaire se présente sous trois formes qui sont par ordre de fréquence décroissante :

L'abcès froid musculaire.

La gomme tuberculeuse.

La cirrhose musculaire tuberculeuse.

Il convient de commencer la description de ces lésions par la gomme tuberculeuse, le tuberculome qui paraît être le stade de début de la tuberculose musculaire et dont l'évolution naturelle aboutit à l'abcès froid.

GOMME TUBERCULEUSE

Fréquence. — La gomme tuberculeuse, est signalée dans 10 de nos observations.

Volume. — Son volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un œuf ; rarement elle devient plus grosse sans se ramollir et s'abcéder (Lejars).

Forme. — De forme arrondie ou ovalaire, le tuberculome est le plus souvent allongée dans le sens des fibres du corps charnu.

La figure I du mémoire de Lanz et Quervain qui représente un noyau tuberculeux du grand palmaire nous le montre sous la forme d'un petit œuf de pigeon un peu allongé.

Cette masse qui infiltre le corps musculaire, lui donne en ce point l'aspect d'un fuseau.

Siège. — Le tuberculome est tantôt dissimulé, perdu au milieu des fibres musculaires que l'entourent de tous côtés; tantôt au contraire il est en saillie sur le plan musculaire, affleurant à la surface, ou seulement recouvert d'une mince couche de fibres.

Aspect. — A la coupe il présente une surface de section gris rosé, gris jaunâtre, ou même complètement jaune suivant son ancienneté.

L'aspect de la masse est uniforme ou bien il y a par place des points nécrosés. Plus souvent peut-être la partie centrale est ramollie. Sa périphérie, est en général bordée d'une capsule de tissu fibreux sans limitation très précise, qui empêche l'énucléation.

Nombre. — Au point de vue du nombre, deux cas se présentent :

Ou bien, le noyau tuberculeux est unique, ou bien il y a dans le même muscle une série de gommes de toutes grosseurs et à tous les stades de leur évolution. Il en est ainsi dans l'observation de Lejars intitulée : « Tuberculose à noyaux multiples du triceps crural. Ce cas, nous montre, on ne peut plus nettement comment une gomme tuberculeuse, arrive à se transformer, par son évolution naturelle, en un abcès froid intra-musculaire.

En effet tous les termes de transition sont marqués : Nodules à l'état de crudité ; nodules à centre vitreux, nodule à centre caséeux, enfin abcès froid formé par la liquéfaction de plusieurs nodules caséifiés qui se sont réunis.

ABCÈS FROIDS

Fréquence. — L'abcès froid constitue la forme la plus fréquente de la tuberculose musculaire primitive ; nous le trouvons dans 22 de nos observations.

Dirons-nous qu'elle est sa forme la plus caractéristique, et que toute suppuration intra-musculaire, évoluent lentement, sans réaction, à froid, est fonction de tuberculose.

Nous ne le croyons pas. On commence à

bien connaître à l'heure actuelle, les abcès de marche chronique qui se développent sans douleur, sans tuméfaction, sans réaction générale et dans lesquels l'examen bactériologique montre le staphylocoque, le streptocoque, le bacille d'Eberth même.

Justement quelques-uns de ces abcès ont été signalés dans les muscles. C'est le cas de Melchior; abcès intra-musculaire à bacille d'Eberth; c'est le cas de Walther; abcès intra-musculaire à staphylocoques dorés.

Ainsi donc abcès froid musculaire et tuberculose ne sont pas toujours synonymes; mais disons que ces cas sont rares, et se présentent avec un ensemble clinique qui ne laisse pas longtemps place au doute.

Volume. — Les comparaisons des auteurs sont des plus variables à cet égard: L'abcès est du volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf, gros comme les deux poings.

Dans une des observations de Grout, la tumeur située au niveau de l'avant-bras avait 18 centimètres de long. Elle donna issue à 250 grammes de pus.

Forme. — L'abcès froid est tantôt arrondi, tantôt ovalaire suivant le muscle qu'il occupe.

Plutôt arrondi dans les muscles plats comme le grand pectoral (observation Morestin), il s'allonge au contraire dans le sens

des fibres dans les muscles longs. Ainsi dans une observation de Le Dentu, un abcès froid du quart inférieur du couturier, se présente « sous la forme d'un cylindre allongé, un peu aplati, et dont la direction et la forme rappellent assez bien celle du muscle couturier ».

Siège. — Tantôt l'abcès froid est situé en plein muscle enveloppé par une couche épaisse de fibres d'apparence saine ; tantôt, au contraire, il n'est recouvert que par l'aponévrose d'enveloppe ; d'autres fois (obs. de Lanz et Quervain, obs. de Reverden, obs. de Delorme, obs. de Leclère), l'aponévrose du muscle elle-même est perforée, usée par l'envahissement tuberculeux, et le pus vient s'étaler en nappe dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il y a alors deux poches : l'une, intra-musculaire, l'autre, sus-aponévrotique réunies par un pédicule ; c'est-là la réalisation de l'abcès en bouton de chemise de Velpeau. Les deux poches sont naturellement limitées par la même membrane « pyogène » qui, du côté de la peau tout particulièrement présente son aspect fibroïde et lardacé bien connu.

Dans certains cas, l'abcès froid musculaire devient plus envahissant encore ; il peut gagner le tendon et s'y creuser une sorte de

sorte de tunnel central qui fait, comme dit Pillet, du tendon et du muscle une caverne en longueur. Enfin, par l'intermédiaire du tendon, la synoviale pèritendineuse peut être envahie à son tour, ainsi qu'il arriva à la malade de l'observation due à M. Lèjars.

Aspect. — Incisé, l'abcès froid laisse s'écouler un pus séreux, jaune ambré, moins épais que du pus phlegmoneux, mêlé de quelques flocons jaunâtres, de quantité variable et en rapport avec le volume extérieur de la tumeur. Dans une des observations de Grout (Thèse de Paris 1897), il est noté que le chirurgien tombe dans une cavité cenfractueuse contenant 250 grammes de pus.

On trouve rarement dans le liquide puriforme le bacille de Koch. On ne trouve d'ailleurs pas davantage d'autres espèces microbiennes.

Quant à la cavité de l'abcès, elle est formée de deux zones :

Une zone interne, la membrane pyogénique des anciens auteurs, à contours irréguliers, molle, épaisse, tomenteuse, avec des fongosités en général très abondantes, que la curette détache en larges lambeaux gris-rougeâtres ;

Une zone externe formée d'un tissu dur, d'un blanc grisâtre, qui n'est autre que le

tissu conjonctif intra-musculaire épaissi par la prolifération cellulaire d'origine inflammatoire.

Dans ces deux couches, on voit des granulations tuberculeuses, caséeuses et nécrosées en dedans ; plus jeunes et en activité à la périphérie où elles s'infiltrèrent entre les fibres striées voisines, en ce point amincies. Il n'y a donc pas une limitation nette des lésions à la périphérie de l'abcès, et ce fait explique et justifie la technique de l'opérateur qui doit enlever avec la paroi de la cavité une certaine épaisseur de tissu musculaire y adhérent.

Il existe certaines formes d'abcès froids musculaires dans lesquels les fongosités sont si abondantes qu'elles en remplissent toute la cavité. Nous faisons allusion aux deux observations de Delorme.

Dans un de ces cas en particulier l'aspect était si déconcertant que ce chirurgien crut avoir une affaire à un sarcome. Il a, d'ailleurs, isolé cette lésion des autres formes anatomiques de la tuberculose musculaire, sous le nom de myosite parenchymateuse fongueuse. Nous pensons qu'il n'y a pas lieu de maintenir cette division et qu'il vaut mieux faire rentrer cette forme dans le cadre de l'abcès froid intra-musculaire.

Nombre. — Le plus souvent, on ne trouve dans un même muscle qu'un seul abcès froid; cependant quelques observateurs en ont rencontré plusieurs. Ainsi dans l'observation de Morestin, il y a dans l'épaisseur du grand pectoral, deux poches bien distinctes, l'une de la grosseur d'une olive, l'autre comme un œuf de poule. De même encore dans une des observations de Le Dentu. — Deux petites poches purulentes, sont l'une après l'autre, extirpées, du milieu des fibres du triceps crural. Il n'y avait pas de communication entre elles.

3° *Cirrhose musculaire tuberculeuse*

Nous venons de le voir, dans le muscle, comme dans les autres organes de l'économie, le tubercule obéit à ses deux tendances contraires: Caséification et liquéfaction au centre; formation de tissu fibreux à la périphérie. Mais, il y a plus: la tendance scléreuse peut l'emporter et à côté de la phthisie à forme fibreuse; à côté de la cirrhose hépatique d'origine bacillaire; nous sommes en droit d'inscrire la cirrhose musculaire tuberculeuse.

Les observations en sont encore peu nombreuses, mais elles sont démonstratives :

Cadiot, Gilbert et Roger rapportent au Congrès de la Tuberculose de 1898, le cas d'un cheval atteint à la fois de tuberculose cutanée et musculaire. « Les muscles malades étaient de couleur blanc grisâtre, dur, déstravées nacrées et brillantes cloisonnaient dans tous les sens le tissu musculaire, le segmentaient en ilots polygonaux; les granulations tuberculeuses étaient disséminées au milieu des bandes scléreuses. »

C'est à peu près les mêmes constatations que fait Delorme sur le muscle grand dorsal d'un malade opéré pour un abcès thoracique. « Le muscle tranche, par sa coloration blanc rosé sur les masses rouges environnantes; il est d'aspect fibreux, lardacé, il semble boudiné dans son aponévrose; des granulations tuberculeuses font saillies au milieu du tissu conjonctif. »

De même dans l'observation inédite de Morestin que nous avons rapportée, il s'agit « d'une tuberculeuse à tendance scléreuse; les lésions tuberculeuses proprement dites sont presque étouffées par la formation de tissu fibreux. »

Par ces observations se trouvent justifiées cette forme intéressante de tuberculose musculaire, la cirrhose tuberculeuse du muscle.

OBSERVATIONS

Nos observations sont divisées en deux séries : dans un premier groupe, nous réunissons les cas de tuberculose primitives des muscles indiscutables, tant par le résultat de l'examen microscopique, que par une marche clinique caractéristique, et que par les constatations positives de l'intervention.

Dans un second groupe, nous rangeons quelques observations anciennes qui nous paraissent se rapporter à notre sujet ; leur brièveté et aussi l'époque de leur apparition nous empêchent de les mettre sur le même plan que les précédentes.

OBSERVATION I

Infiltration tuberculeuse du cubital antérieur.

(Morestin. Observation inédite.)

Mlle Octavie P..., receveuse des postes, âgée de 25 ans, est entrée au mois de juin 1899 à l'hôpital Saint-Louis, Isolement n° 11, pour une tumeur occupant la partie supérieure et interne de l'avant-bras du côté gauche. Cette jeune femme est d'une bonne santé habituelle, bien que délicate, un peu pâle et d'une maigreur extrême. Elle a eu un enfant à l'âge de 19 ans.

La tumeur ovoïde du volume d'une grosse noix est indépendante des téguments, indépendante aussi du squelette. Logée dans l'épaisseur des muscles anti-brachiaux, elle s'immobilise lorsqu'ils se contractent. De consistance demi-molle, mais non fluctuante, non réductible, indolente à la pression ; elle est d'un diagnostic assez délicat. Après que l'on eût discuté les hypothèses de kyste hydatique, de sarcome, et même de myosite tuberculeuse, il parut probable qu'il s'agissait d'un abcès intra ou intermusculaire. Il n'y avait pas de ganglions épitrochléens, ni axillaires. Les deux sommets parurent suspects.

Le 10 juin, une incision fut pratiquée sur cette tumeur, afin de procéder à son extirpation.

On se trouva en présence non d'un abcès collecté, mais d'une infiltration tuberculeuse étendue du muscle cubital antérieur. Les lésions s'irradiaient loin du foyer principal en suivant les interstices cellulux interfasciculaires. Toute la partie malade du muscle fut extirpée. On réunit la plaie aponévrotique par un surjet, la plaie cutanée par une série de crins. La guérison fut complète en quelques jours, puisque le dixième elle put rentrer chez elle.

Elle revient à Saint-Louis, le 12 septembre, et est admise au n° 3 de la salle d'Isolement.

L'avant-bras gauche présente encore à sa partie moyenne une tuméfaction proéminente en avant et en dedans, soulevant la ligne cicatricielle longue de 7 centimètres, qu'avait laissée la première intervention. Cette saillie mousse, à limites vagues rappelle beaucoup celle qui avait été observée lors du premier séjour de la malade à l'hôpital. Elle atteint le volume d'un petit œuf. La peau, à part la cicatrice, ne présente rien d'anormal et n'adhère pas dans la profondeur.

La palpation révèle dans l'épaisseur des muscles et particulièrement sur le trajet du cubital antérieur une masse demi-molle, indolente, fixée par la contraction des muscles et subissant un léger mouvement d'ascension lorsque s'établit cette contraction. Quand, au contraire, on étend les doigts et en particulier les trois derniers, la tumeur est comme attirée en bas. Il n'y a donc point de doute sur les connexions de cette masse avec les muscles fléchisseur et cubital antérieurs.

Le petit doigt et l'annulaire ne peuvent être étendus

d'une façon absolue et complète. Il y a comme une sorte de légère rétraction des languettes des fléchisseurs, qui leur correspondent. La malade ressent, en outre, des fourmillements, des lancements et même des irradiations douloureuses dans les deux derniers doigts, et principalement dans le petit doigt. Le nerf cubital est donc légèrement impressionné par le voisinage de cette masse.

Celle-ci est complètement indépendante du squelette. Pas de lésions ganglionnaires.

Le 15 septembre, incision sur l'ancienne cicatrice. Les lésions ont changé d'aspect. C'est une tuberculose à tendance scléreuse ; les lésions proprement dites sont presque étouffées par les formations du tissu fibreux. On extirpe le noyau tuberculeux ; le nerf cubital, incommodé par son voisinage, est libéré, affranchi de toute adhérence ; l'aponévrose, qui était éraillée et distendue, est reconstituée par une suture très soignée. Suture cutanée sans drains.

Le 24 septembre, ablation des fils. La malade sort le 28 septembre guérie. Les deux doigts, dont l'extension était incomplète, avaient pu être redressés sous chloroforme.

Depuis, la malade a été revue bien souvent, et sa guérison ne s'est point démentie.

OBSERVATION II.

Double abcès froid au grand pectoral.

Morestin. — Société anatomique, 1896.

Malade observé à la consultation de l'hôpital Broussais, fin 1896. Vient d'être libéré du service militaire. Pendant les dernières manœuvres, il a constaté au-dessus du mamelon droit, la présence d'une petite grosseur plus gênante que douloureuse. Une des courroies de son sac, appuyait précisément à ce niveau ; Il n'osa se plaindre, et supporta avec résignation sa tumeur et son sac, tant que durèrent les manœuvres. Quand il quitta le régiment, la tumeur était du volume d'un œuf, et à côté d'elle une autre grosseur commençait à se développer, exactement comme avait fait la première.

Je constate, en effet, la présence de deux tumeurs siégeant au dessus du mamelon droit, tumeurs arrondies sur lesquelles glissent les téguments et qu'immobilisent les contractions du grand pectoral. L'une est d'un volume d'un œuf, l'autre d'une noix. Toutes deux sont indolentes à la palpation. L'une d'elles donne une vague sensation de fluctuation. Le malade peut sans difficulté, exécuter tous les mouvements du membre supérieur. L'état général est d'ailleurs excellent, l'appétit conservé. L'examen des viscères thoraciques et abdominaux est négatif, et il n'y a rien à noter dans ses antécédents au point de vue de la tuberculose.

En présence de ces tumeurs situées dans l'épaisseur

du grand pectoral, sans connexion avec une lésion des côtes, des ganglions de l'aisselle, ni de la glande mammaire, je songe au sarcome des muscles, aux gommes syphilitiques, aux kystes hydatiques et aussi à la tuberculose, les observations publiées depuis quelques années prouvant que cette localisation bacillaire est moins rare qu'on le croyait. Cependant, sans repousser absolument cette dernière hypothèse, j'avoue que je la croyais peu propable, parce que dans presque tous les cas cités, il s'agissait de tuberculeux avérés, présentant souvent des lésions multiples et graves, au lieu que nous avions affaire à un homme vigoureux, sans aucune tare ni lésion appréciable. Bref, je songeais à des hysteshydatiques intra-musculaires, sans que ce diagnostic toutefois fut bien ferme.

L'extirpation de ces deux tumeurs qui d'ailleurs fut très simple faite à la cocaïne et suivie bien entendu de réunion par première intention, montra qu'il s'agissait de deux abcès à parois épaisses et fongueuses, contenant un pus séreux d'un jaune grisâtre.

Tous deux étaient complètement entourés de fibres musculaires. L'ouverture d'une de ces poches ayant révélé la nature du contenu, l'autre fut conservé intacte jusqu'au moment où l'on put faire à deux cobayes l'inoculation du liquide qu'elle renfermait. Tous deux furent sacrifiés au bout d'une vingtaine de jours et leur autopsie révéla des lésions tuberculeuses très étendues et indiscutables.

L'examen histologique de la paroi n'a pu décèler ni bacilles, ni cellules géantes, mais en présence des ré-

sultats positifs de l'inoculation, on ne saurait mettre en doute la nature tuberculeuse de la lésion.

OBSERVATION III

Péri-arthrite tuberculeuse du coude.

(Morestin. — Bulletin de la Société anatomique, 1896).

Sur une femme d'une quarantaine d'années dont le poumon et l'intestin présentaient des lésions tuberculeuses extrêmement étendues, lésions qui avaient entraîné la mort, le coude droit présentait dans ses parties postérieures et externes, une notable augmentation de volume sans changement de couleur de la peau.

On avait fait pendant la vie le diagnostic de tumeur blanche. Cependant, la dissection du coude montra que l'articulation elle-même, ne semble pas en cause. La synoviale est mince, souple, lisse et pâle et, examinée dans ses moindres replis et culs-de-sac, elle paraît incontestablement saine. Les cartilages qui recouvrent les extrémités osseuses sont aussi dans un état d'intégrité absolue. J'ai fendu au couteau, en long et en travers, l'humérus, le cubitus et le radius (je mets ces fragments sous les yeux de la société), et n'ai pu découvrir aucune lésion, si minime soit elle.

Par contre, le triceps présente une infiltration tuberculeuse qui occupe son tiers inférieur.

Une masse ramollie se trouve dans la couche musculaire qui entoure la tête radiale (deuxième radial externe, extenseur commun).

Dans l'épaisseur du muscle cubital postérieur, la partie moyenne de l'avant-bras, existe, en outre un petit noyau tuberculeux en voie de ramollissement.

Enfin, dans le corps charnu des muscles court et long extenseur du pouce gauche, se trouvent encore deux petites masses tuberculeuses, complètement entourées comme les précédentes par des fibres musculaires.

Dans ce cas, il ne saurait y avoir de doute, ni sur la nature tuberculeuse des lésions, ni sur leur localisation exclusive dans l'épaisseur des muscles. Leur groupement autour de la jointure du coude est assez particulier et légitime le nom de péri-arthrite tuberculeuse du coude sous lequel j'ai cru pouvoir le désigner.

OBSERVATION IV

Abcès froid du triceps crural.

Professeur Le Dentu. — Thèse Hémery, Paris, 1897.

Domestique, 19 ans, amaigri, ayant depuis peu des hémoptysies et un sommet douteux. État général mauvais. Présente sur la face interne de la jambe, un abcès froid dont on ne peut préciser le point de départ; sur la face externe de la cuisse une tumeur grosse comme une noisette, lisse et nettement intra-musculaire. Le 20 mars, on curette l'abcès de la jambe que l'on trouve indépendant des os. Le 25 avril, la tumeur de la cuisse qui a acquis le volume d'un œuf de poule et semble bilobée est extirpée. On trouve deux poches de pus, in-

dépendantes, séparées par du tissu musculaire vitreux. Résection large, cautérisation, suture; réunion per primam Guérison complète.

Fin avril, mal de Pott sous-occipital. Puis abcès rétro-pharyngien par congestion. Mort dans le coma le 21 octobre, avec rétention d'urine, paralysie des membres supérieurs, puis inférieurs et strabisme.

L'autopsie confirma une tuberculose généralisée.

OBSERVATION V

Abcès froid du couturier.

Professeur Le Dentu. — Thèse Hémary, Paris, 1897.

Menuisier, 29 ans. Entre en février 1896. A eu l'année d'avant une pleurésie. Présente un abcès froid à la face postérieure de l'avant-bras, près du coude, qui s'est ouvert spontanément et reste fistulisé depuis un mois, un autre abcès froid bilobé de la face externe de la jambe. L'incision de ces abcès montre une lésion tuberculeuse du péroné, mais aucune lésion osseuse du côté du coude.

En même temps on constate un peu au-dessus de l'insertion des tendons de la patte d'oie une petite tumeur arrondie, légèrement douloureuse, qui s'est allongée suivant la direction du couturier.

On songea, soit à une tuberculose du tibia avec propagation à la bourse séreuse du couturier, soit à une myosite tuberculeuse de ce muscle.

L'opération confirma cette dernière hypothèse.

Réunion per primam. Pas de récurrence.

Inoculation au cobaye positive.

OBSERVATION VI

Tuberculose à noyaux multiples du triceps crural.

(Lejars). *Revue de la tuberculose*, 1899.

Malade de 36 ans. Journalier, entré à l'hôpital Beaujon, en novembre 1897. Pas d'antécédants héréditaires, ni personnels. Rien aux poumons.

Début de l'affection en mars 1897 : œdème de la jambe gauche, marche un peu difficile.

En juin, douleurs irradiant dans tout le membre, empêchant le sommeil ; de petites grosseurs apparaissent au-dessous du genou.

A l'examen, séries de petites nodosités que la contraction du muscle immobilise, durcit et fait disparaître.

Un peu au-dessus, dans le même muscle, tumeur un peu plus grosse, ovalaire, fluctuante, non adhérente à la peau. A cause de la lenteur de l'évolution et de la multiplicité des lésions, on porte le diagnostic musculaire.

Intervention, extirpation large, guérison.

Une petite collection suppurée en dehors de la cicatrice quelques temps après l'intervention. Curetage, Guérison complète fin décembre. Bon résultat fonctionnel. Perdu de vue. Examen histologique confirmatif.

OBSERVATION VII

*Abcès froid de l'extenseur commun des doigts et synovite
fongueuse secondaire des tendons extenseurs (Lejars).*

Femme de 48 ans, très maigre, très sèche, très pâle, présentant une tumeur blanche du genou gauche et au sommet des deux poumons des signes non douteux de tuberculose.

A la face postéro-supérieure de l'avant-bras gauche se dessinait une tumeur, grosse comme un petit œuf, couverte d'une peau normale, sans rougeur, sans œdème, presque indolore, incluse dans le plan musculaire. La pression profonde décelait un peu de fluctuation. Le poignet était souple et la maigreur laissait les tendons dorsaux s'y dessiner en relief.

L'incision fit pénétrer dans une loge creusée dans l'épaisseur de l'extenseur commun contenant des fongosités.

Un mois après, léger empâtement autour des tendons extenseurs du poignet qui devint en quelques semaines une synovite fongueuse des mieux caractérisées. L'état général excluait d'ailleurs toute idée d'intervention.

On avait en effet tenté de faire une résection du genou à la tumeur blanche ; mais il avait fallu de toute nécessité recourir bientôt à l'amputation de la cuisse qui guérit sans incident.

Mais la cachexie faisait des progrès de jour en jour et ne tarda pas à emporter la malade.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire et pleurale. Examen histologique confirmatif.

OBSERVATION VIII

Abcès froid du triceps crural (Lejars)

Clinique chirurgicale de la Pitié.

Malade âgé de 30 ans, salle Michon. Septembre 1891.

A la cuisse droite, région antéro-externe tumeur ovaire, volumineuse, mobile sous la peau, située profondément, fluctuante, à marche indolente. Pas de traumatismes antérieurs. Rien à la hanche ni au genou. L'intervention montre un vaste abcès froid du triceps crural. Intégrité du fémur, en aucun point découvert. Extirpation de la paroi de la poche. Guérison complète.

OBSERVATION IX

Myosite fongueuse tuberculeuse du grand pectoral.

Delorme 5^e Congrès français de chirurgie.

I. C., soldat. Mars 1886. Antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels. Poumons sains.

Est apparue depuis peu, à la région pectorale droite, tumeur indolente, grosse comme un œuf de poule, un peu résistante. Peau de couleur violacée au-dessus. Diagnostic : abcès tuberculeux intra-musculaire.

A l'opération on trouve des fongosités très étendues à la plus grande partie du grand pectoral, si bien que le diagnostic de sarcome est porté alors.

Fistulisation de la plaie; consécutivement induration des sommets; pleurésie droite; péricardite.

Quatre mois après l'intervention tuméfaction étendue à tout le triceps-brachial droit: Mêmes caractères classiques des lésions. Grattage.

Sept mois après le début, tuméfaction identique au niveau des muscles antérieurs de l'avant-bras gauche. Enfin gommes cutanées, tumeur blanche du poignet et synovites secondaires. Abscès ostéopathique du sternum à l'autopsie. Tuberculose pleurale, péricardique, pulmonaire, péritonéale.

OBSERVATION X

Myosite fongueuse tuberculeuse (Delorme)

En mai 1887, entre au Val-de-Grâce, malade peu vigoureux porteur d'une tuméfaction du bord interne du jumeau interne, de forme régulière, indolore au développement insidieux. Peau de couleur normale, organes centraux sains.

Trois semaines après, ostéite bacillaire de l'os iliaque. Aucun gros abcès par congestion; quelques mois plus tard, induration des sommets.

A l'intervention pour la tumeur de la jambe, poche à parois fongueuses, avec du sang noir, intra-musculaire. Curettage, fistulisation de la plaie opératoire.

OBSERVATION XI

Abcès froid du grand fessier (Delorme)

Dans une intervention pour abcès froid sous-cutané au niveau du muscle grand fessier, on trouve l'aponévrose détruite; au-dessous, le grand fessier est fongueux sur l'étendue d'une pièce de deux francs, et dans toute son épaisseur.

Étant donné l'apparition rapide de l'abcès d'une part et la résistance des aponévroses à l'envahissement de la tuberculose on peut penser que les lésions se sont développées primitivement dans le muscle.

OBSERVATION XII

Tuberculose fibreuse du grand dorsal (Delorme)

Pendant une opération pour abcès froid lombaire, on trouve le long dorsal malade, coloration d'un blanc rose; aspect lardacé, fibroïde; le muscle est boudiné dans son aponévrose. Résection de la plus grande partie de la masse musculaire. L'examen microscopique montre une myosite tuberculeuse, scléreuse des plus typiques.

OBSERVATION XIII

Abcès froid du triceps brachial et gomme tuberculeuse
(Reverdin). 5^e Congrès de chirurgie, 1891

Jeune homme de 17 ans; bien musclé; pas d'antécé-

dents héréditaires ni personnels. Au bras droit, petite tumeur grosse comme une noix, mobile sous la peau, que l'examen de la contraction musculaire, montre incluse dans le triceps; ganglions axillaires. Une gomme tuberculeuse de la peau au niveau de l'abdomen, vient au bout de quelque temps donner la clef du diagnostic.

Opération le 1^{er} mars. Pus séreux dans l'intérieur du triceps. Curettage, suture en bourse. Réunion per primam.

Fistulisation de la plaie le 1^{er} avril; la cicatrisation est complète, le 15 juin seulement; le malade sort de l'hôpital.

Rentre en janvier avec tumeur fluctuante de la partie inférieure du bras droit en arrière; avec, à côté et au-dessus petit noyau dur intra musculaire.

Le 18 janvier, nouvelle intervention; curettage de l'abcès, ablation de la gomme tuberculeuse intra-musculaire. Récidive au bout de quelque temps; nouveau curettage. Cicatrisation le 9 mars. Atrophie du bras.

Sur ces entrefaites, paraît au niveau du cou de pied en arrière tuméfaction élastique avec points calcanéen douloureux. L'examen microscopique des pièces et l'inoculation au cobaye confirma le diagnostic de tuberculose primitive du briceps brachial.

OBSERVATION XIV

Abcès froid des muscles de l'abdomen.

(7^e Congrès français de chirurgie. — Leclerc de St-Lô).

Jeune homme de 18 ans. Présente sur le bord externe

du grand droit gauche, une tuméfaction de 6 cent. de long sur 4 de large. Uniformément dure non mobile, ne se modifiant pas sous l'influence des contractions musculaires, indolore à la pression.

Opéré le 27 mai on trouve d'abord un vaste foyer fongueux reposant sur l'aponévrose du grand oblique, au-dessous de laquelle se trouve un autre foyer également rempli de fongosités et séparé de la cavité abdominale par le fascia sous-péritonéal intact. Le petit oblique et le transverse étaient en dégénérescence tuberculeuse; le rebord costal intact.

Incision des tissus malades. Suture, drainage. Cicatrisé le 29 juin. Fin août petit noyau induré à 1 cent. en dehors de la cicatrice, qui donne naissance en octobre à un trajet fistuleux. L'incision de cet abcès montra qu'il était produit par la présence d'un crin de Florence provenant de la suture profonde de la première opération.

Le malade revu un an après était dans un état de santé parfaite.

OBSERVATION XV D^r Valch. (Thèse de Grout. Paris 1897)

Abcès froid du triceps crural

Enfant de 8 ans, pas d'antécédents héréditaires; mais porteur d'un mal de Pott. Tumeur apparue à la suite d'un traumatisme (en apparence) à la partie supérieure et externe de la cuisse, molle, fluctuante indolore; peau souple au-dessus, non colorée. Par la ponction, on ramène du pus. Après une tentative de traitement par les

injections d'éther iodoformé, intervention. Vaste cavité dans le vaste externe s'étendant jusque sous le droit antérieur, fongosités, pas de foyer osseux. Curettage, chlorure de zinc.

Réunion sans fistule. L'enfant revu au bout d'un an, allait bien. Inoculation au cobaye positive.

OBSERVATION XVI D^r Valch. (Inédite).

Abcès froid des fléchisseurs de l'avant-bras

Femms 19 ans. Impotence fonctionnelle de la main gauche due à la tumeur située sur le 1/3 inférieur de l'avant bras. A ce niveau, tuméfaction, étendue molle, fluctuosité indolore, influencée par le mouvement des doigts. Peau de coloration normale.

Rien du côté des poumons. Début de la tumeur il y a six mois. Marche indolente.

Diagnostic : abcès froid intra-musculaire. Intervention. Cavité au milieu des fléchisseurs de l'avant-bras. Fongosités, 250 grammes de pûs. Curettage, chlorure de zinc, suture et drainage. Guérison sans fistule.

Inoculation au cobaye positive.

OBSERVATION XVII. Lancéreaux. (Traité d'anatomie pathologique. Tome III.

Tubercules des muscles radiaux

Femme de 48 ans, qui présente tous les signes d'une tuberculose pulmonaire, en même temps qu'une légère

augmentation du volume du foie. Cette malade se plaignant d'engourdissement dans le bras droit, offrait à la partie postéro-externe d'avant-bras, deux petites tumeurs olivaires, fermes, superficielles, situées chacune à peu près à l'union de la portion musculaire et de la partie tendineuse des muscles radiaux. Mort.

A l'autopsie : Tuberculoses méningée, pulmonaire, pharyngée, hépatique, etc. Quand aux petites saillies ou tumeurs des avant-bras, elles occupent la droite, la portion superficielle du muscle 1^{er} radial, à l'union des substances charnues et tendineuses : à gauche le corps du même organe. Elles sont superficielles, constituées par des granulations miliaires tuberculeuses, comme l'a démontré le microscope et agglomérées à la surface plutôt que dans la profondeur du muscle.

OBSERVATION XVIII (Muller).

Abcès froid du triceps crural

Homme 35 ans, bien portant, aucune trace de lésions tuberculeuses. L'affection remonte à trois mois, indolence.

Tumeur de la cuisse droite, région antéro-externe volumineuse siégeant dans le muscle sous-jacent, fluctuosité. Peau mobile au-dessus.

En octobre 1885, essai de traitement par les injections de glycérine iodoformée. Le malade revient en 1886, La tumeur a un peu grossie, de plus deux fistules, au niveau du coup de pied, partie interne. Intervention.

Série de tuberculomes adhérents les uns aux autres dans la partie inférieure du triceps, avec un abcès froid de volume considérable. Ablation. Cicatrisation rapide. Pas de récidives en décembre 1886.

Constataction histologique de la tuberculose musculaire.

OBSERVATION XIX (Habermoas).

Tuberculose multiple des muscles

Homme 54 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels. Pas de lésion pulmonaire.

Série de tumeurs aux avant-bras, au bras gauche, à la poitrine, à la cuisse droite, au niveau du lombo, etc. recouvertes par une peau normale, indolentes, fixées par la contraction musculaire.

Les interventions successives montrent qu'elles siègent dans le tissu musculaire ; il s'agissait de tuberculomes à centre caséeux. Examen microscopique confirmatif de la tuberculose. Guérison rapide des plaies opératoires. Mort. avec phénomènes d'origine médullaires. Foyer purulent entre l'os et la dure-mère au niveau des vertèbres cervicales.

OBSERVATION XX. (O. Lanz et de Guervain).

Myosite tuberculeuse nodulaire du grand palmaire

Jeune homme de 18 ans bien portant. Sur le 1/3 inférieur de la face palmaire de l'avant-bras, nodule du volume d'une noisette, sans adhérence à la peau, nodule

un peu douloureux fixé par la contraction musculaire. Augmentation graduelle de volume. On exclut successivement l'hématome, l'actinomycose, le fibrome, le sarcome, la gomme, le névrome et malgré l'absence d'autres lésions bacillaires on adopte le diagnostic de nodule tuberculeux.

Intervention. Tubercule nodulaire du grand palmaire. Le muscle est enlevé dans sa totalité. Réunion per primam. Aucune impotence fonctionnelle. L'examen microscopique montre une myosite tuberculeuse nodulaire.

OBSERVATION XXI. (O. Lanz et de Guervain).

Myosite tuberculeuse nodulaire du fléchisseur superficiel des doigts.

Femme 21 ans, malade depuis un an. Induration commençante des sommets. Tumeur blanche du genou droit; ostéite de l'humérus, tuberculose des 1^{er} et 5^e métacarpiens avec fistules cutanées, à l'avant-bras gauche, tuméfaction au niveau de la partie moyenne du membre, grosse comme un petit œuf; la peau glisse librement sur la tumeur. Pas de sensibilité, pas de gêne fonctionnelle, pas d'adénopathie. Diagnostic : tuberculose du cubitus avec abcès secondaire, à l'intervention on trouve une infiltration tuberculeuse du fléchisseur superficiel des doigts, se contenant par un pédicule avec une poche à parois fongueuse située au devant du cubitus, mais indépendante de cet os. Réunion per primam. Pas de

Plantard

récidive. Le malade meurt avec phénomènes médullaires. L'examen microscopique montre une myosite tuberculeuse nodulaire.

OBSERVATION XXII. (O. Lanz et de Quervain).

Jeune fille 17 ans. Parents bien portants. Pas d'antécédents personnels. Sommet droit douteux. Depuis huit semaines tuméfaction douloureuse à la région épigastrique. A ce niveau tumeur indolente, dure, sans fluctuation immobilisée par contraction musculaire.

Intervention. Myosite tuberculeuse infiltrant une petite étendue des muscles petit oblique et transverse. Réunion par première intension.

Examen histologique confirmatif.

OBSERVATION XXIII. (O. Lanz et de Quervain).

Myosite tuberculeuse du triceps brachial

Homme 24 ans. Pas d'antécédents, débile. Colonne vertébrale déviée depuis l'enfance. Sommet gauche douteux au milieu de la partie postérieure du bras droit, tumeur grosse comme un petit œuf de poule, molle, élastique. Peau mobile. Immobilisé par la contraction musculaire. Rien à l'os sous-jacent. Pas d'adénopathie.

Intervention. Extirpation d'une partie du triceps.

Examen histologique confirmatif.

OBSERVATION XXIV

O. Lantz et de Quervain.

Edouard H..., âgé de 7 ans, est fils unique. Sa mère est morte d'une phtisie pulmonaire ; son père est sain. Bien portant jusqu'à l'âge de 7 ans, époque où il a eu la rougeole ; pas de complications, la convalescence est rapide.

Garçon maigre, peau terreuse, tête inclinée à gauche. Le sterno-cléido-mastoïdien gauche est contracturé. Au milieu de la portion sternale, on constate une tumeur remarquable. L'exploration de la poitrine et de la moitié inférieure du corps reste négative. Le traitement consiste en application de teinture d'iode de la tumeur avec huile de foie de morue à l'intérieur ; dure tout l'hiver.

Le 7 juin 1886, il entre à l'hôpital des Enfants. La tête est introduite dans une gouttière à hautes parois, afin de redresser la déviation du cou. Le 25 juin, survient une violente hémorrhagie nasale pour laquelle on pratique le tamponnement. A partir de ce moment, le malade est très faible : diarrhée intense. Meurt le 2 juillet avec les symptômes de l'œdème aigu du poumon.

A l'autopsie rien du côté du cerveau. Pas de tubercules non plus dans les poumons et les organes abdominaux. Quelques ganglions bronchiques sont à l'état de caséification. Tubercule encapsulé de la grosseur d'un noyau de cerise dans le sterno-mastoïdien, avec, à

côté, de petits tubercules de la grosseur d'un grain de millet. Bacilles de Koch dans les coupes.

OBSERVATION XXV

Abcès froid du triceps crural.

D'après Lejars. — O. Lanz et de Quervain.

Homme, 58 ans. La face antéro-externe de la cuisse droite. Grosse tumeur sous-aponévrotique, ferme, mobile sur le plan osseux, durcissant avec la contraction du muscle. Un peu douloureuse. Au bout de quelques temps, fluctuation. Après ponction, qui ramène du pus. Grande poche purulente au milieu du muscle vaste externe. Tubercules dans la paroi.

SÉRIE N° 4

OBSERVATION XXV

Denonvilliers. — Compendium, 1851.

Abcès froid du biceps.

Jeune personne, 20 ans, vigoureuse. Tumeur du volume d'une noix dans le biceps brachial, dure un peu douloureuse. Intervention. Abcès froid avec pus. Parois épaisses et anfractueuses. Guérison.

OBSERVATION XXVI

Abcès froid du biceps.

Bérard. — Id.

Tumeur dans le muscle du biceps. Incision. Pus blanchâtre, un peu séreux. Parois épaisses.

OBSERVATION XXVII

Abcès froid du grand dentelé.

Linhart.

Enfant de 9 ans. Scrofuleux, tumeurs fluctuante, d'évolution froide au niveau du grand dentelé gauche. Durcit pendant la contraction de ce muscle. Pas d'épanchement pleurétique. Pas de côte malade. A l'intervention, pus. Le doigt constate qu'il s'agit d'une poche intra-musculaire.

OBSERVATION XXVIII

Abcès froid du grand dentelé.

Linhart.

Jeune homme, 16 ans. Tumeurs fluctuante au niveau du grand dentelé droit. Durcit pendant la contraction du muscle. Ouverture. Guérison en deux mois.

OBSERVATION XXIX

Abcès froid du biceps.

Fischer.]

Service de Velpeau. — Femme 51 ans, bien portante. Depuis six semaines est apparue au nouveau du biceps, du volume du pouce, fluctuante. Durcit par la contraction, à l'incision, pus ; pas de foyer osseux. Guérison en trois mois.

OBSERVATION XXX

Abcès froid du biceps

Fischer.

Service de Gosselin. — Jeune homme, 16 ans, bien portant. Tumeur indolente au niveau du biceps. Ovoïde, fluctuante; durcit par la contraction du muscle. Incision, pus. Pas de foyer osseux. Guérison en un mois.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Pour gagner le muscle, le bacille de Koch peut suivre deux voies : la voie lymphatique et la voie sanguine. L'examen microscopique des coupes qui montre les lésions constituées surtout au niveau des artérioles, permet de déduire que c'est par l'intermédiaire du sang que se fait l'infection musculaire tuberculeuse.

Au point où le bacille s'est arrêté, dans un petit vaisseau et dans le tissu conjonctif péri-vasculaire, se développe le nodule tuberculeux, réalisant ce que les auteurs appellent « le début interstitiel » de la tuberculose musculaire primitive.

Le follicule tuberculeux est dans le muscle tel qu'il est ailleurs. Pourtant, la rareté des cellules géantes, signalée par tous les auteurs, lui donne sur les coupes un aspect un peu particulier. Il apparaît formé d'un mélange de cellules épithélioïdes et lymphoï-

des qui s'enchevêtrent plutôt qu'elles ne gardent l'ordonnance classique ; puis vient une zone formée de tissu conjonctif en voie d'organisation.

D'une façon générale, et en schématisant on peut dire que les granulations tuberculeuses sont disséminées au milieu de travées conjonctives du perymysium épaissi et infiltré de leucocytes. Elles sont isolées ou confluentes, et à divers stades de leur évolution de telle sorte que dans la même préparation, on peut étudier des granulations en voie de formation et en trouver d'autres en pleines dégénérescences caséeuses.

Pour une étude plus approfondie des lésions microscopiques, il faut distinguer deux cas, suivant qu'il s'agit d'un nodule tuberculeux, isolé, en pleines fibres musculaires, ou au contraire d'une série de tubercules de grosseur et d'âge différents, infiltrant un même muscle.

Dans le cas d'un tubercule unique, on peut avec Otto Lanz et de Quervain, distinguer sur une coupe, trois zones :

Une zone périphérique de faible épaisseur, constituée par un tissu musculaire à peu près normal.

Une zone intermédiaire dans laquelle les fibres musculaires deviennent de plus en plus minces et sont isolées les unes des au

tres par un tissu conjonctif riche en cellules, qui s'est substitué au périmysium interne normal.

Enfin, une zone centrale ; là, les fibres musculaires disparaissent totalement, on ne trouve plus qu'un tissu conjonctif riche en cellules fusiformes, mais tellement infiltré par place par les leucocytes, que la coupe cesse de présenter l'aspect du tissu conjonctif.

C'est dans cette masse conjonctive centrale, et aussi en quelques points de la zone de transition, qu'on trouve les follicules tuberculeux. Ils sont formés, comme nous le disions plus haut, d'un amas de cellules épithélioïdes et de petites cellules rondes qui se pénètrent plus ou moins régulièrement. De loin en loin, on trouve dans un follicule, une cellule géante avec une belle couronne de noyaux marginaux.

C'est cet amas de follicules qui constitue la gomme tuberculeuse. Cette gomme peut être à l'état de crudité ou en voie de caséification dans sa partie centrale, suivant qu'elle est de date récente ou non.

Mais ce sur quoi il convient d'insister ici, c'est la non-limitation de l'infiltration tuberculeuse et la diffusion de follicules embryonnaires, assez loin dans les interstices con-

jonctifs d'un tissu musculaire qui paraît absolument sain à l'œil nu.

Quant aux lésions de la fibre musculaire dans les points où elle n'a pas été détruite, elles sont extrêmement intéressantes. Nous les étudierons un peu plus loin.

Dans les cas de tuberculose à noyaux disséminés dans un même muscle, les lésions sont complexes et plus difficiles à interpréter.

Nous en trouvons une minutieuse description par Pillet, dans un examen de pièces, qui font le sujet d'une des observations de Lejars.

Dans ce cas, il convient, dit Pillet, d'étudier les lésions en trois points : dans les grands espaces conjonctifs des muscles, d'abord ; puis au niveau des faisceaux primitifs qui sont également envahis ; enfin, il faut préciser ce que devient la fibre striée elle-même.

Suivons ce programme avec l'auteur.

1° *Grands espaces conjonctifs.* — Les grands espaces conjonctifs du muscle sont pris ; l'extension de l'infection se fait le long des gaines vasculo-nerveuses qui remplissent ces espaces ; comme toujours, elle est plus marquée au niveau des artérioles. Il se forme ainsi de gros foyers gommeux avec un centre caséeux. Ce centre peut se ramollir en certains points. Il se forme alors de peti-

tes cavernules à bords déchiquetés, très caractéristiques, véritable miniature d'abcès froids. C'est par la réunion d'un certain nombre de ces cavernules que sont constitués les grands abcès froids intra-musculaires que nous retrouvons dans tant d'observations.

Quoiqu'il en soit, et c'est là un point sur lequel nous avons déjà insisté, les lésions ne s'arrêtent pas brusquement à la périphérie de la gomme tuberculeuse.

« Il en part, dit Pillet, de nombreux prolongements qui constituent la tuberculose diffuse du tissu ambiant. Celle-ci est intense; elle se manifeste comme toujours par un épaississement considérable du tissu conjonctif, dont la trame perd ses caractères d'organisation régulière; les fibres morcelées par la prolifération de leurs cellules fixes, deviennent irrégulières et feutrées dans différents sens. On voit dans le tissu conjonctif, ainsi remanié, des vaisseaux sanguins entourés de petites hémorrhagies et de cellules en transformation pigmentaire. C'est dans ce point qu'il nous a été donné de remarquer des bacilles de Koch grêles mais très allongés. »

A la périphérie du foyer malade, le muscle est sclérosé; les fibres musculaires sont en-

tourées d'une gangue conjonctivée épaisse ; certaines d'entre elles disparaissent, le plus souvent, par atrophie simple.

2° *Tissu cellulaire des faisceaux primitifs.*

— C'est encore, dit Pillet, en suivant les artères et leurs gaines que la tuberculose envahit le faisceau principal d'un muscle strié : C'est, en effet, au milieu de ce faisceau, le long de l'artère centrale et au niveau des artérioles qui en partent, que l'on voit se développer les nodules tuberculeux.

Les fibres striées les plus proches sont englobées et isolées, et bientôt elles disparaissent au centre du nodule, par suite de l'extension périphérique de celui-ci.

« Le nodule est plus ou moins développé, suivant les cas ; sur certains faisceaux musculaires, on le voit volumineux, occuper le centre du faisceau, englobant l'artère complètement oblitérée par l'épaisseur de ses tuniques. D'autres plus petits se développent à différents degrés dans la hauteur du faisceau, suivant les ramifications de l'artère. »

« Les parois des artérioles ainsi prises présentent un aspect fibreux, dû au développement du tissu conjonctif autour de leurs cellules fixes. Peu à peu, sous l'accumulation des cellules rondes le vaisseau dis-

paraît entièrement. De place en place quelques débris de fibres musculaires, attestent, seuls, qu'on est bien au niveau d'un faisceau primitif. »

Ainsi, pour nous résumer, nous voyons que d'après Pillet, dans la forme à noyaux multiples, la tuberculose, envahissant le muscle par la voie vasculo-conjonctive, se développe d'abord dans les grands espaces conjonctifs du muscle et crée à ce niveau ses lésions les plus étendues; puis dans un second acte, pour ainsi dire, elle envahit certains faisceaux primitifs du muscle; mais là encore, elle est interstitielle, et se localise exclusivement dans le tissu conjonctivo-vasculaire; à ce niveau, la fibre musculaire est détruite; elle meurt, étouffée par la réaction conjonctive qui se fait autour de la granulation tuberculeuse.

C'est maintenant qu'il nous faut étudier d'une façon spéciale ce que devient cette fibre musculaire dans les différents modes d'infection tuberculeuse du muscle ou plutôt de son tissu conjonctif.

Là encore nous laissons la parole à Pillet.

Les lésions de la fibre musculaire dans la tuberculose du muscle, sont de trois ordres :

1° L'atrophie pure et simple.

2° La tuméfaction avec pertes des fibrilles musculaires.

3° La transformation en cellules à noyaux multiples.

Les deux premières lésions se retrouvent dans toutes les inflammations du muscle; la troisième est spéciale et mérite qu'on s'y arrête.

La sclérose interstitielle du muscle avec réduction progressive et disparition pure et simple de la fibre dont le réseau vasculaire sanguin est remplacé par un étui fibreux se rencontre souvent et c'est elle qui prédomine de beaucoup dans les muscles examinés au contact des masses conjonctives enflammées.

La tuméfaction se manifeste par l'élargissement de la fibre, qui prend beaucoup et plus sûrement les colorations diffuses, et dans laquelle sur une coupe transversale, les tigelles des fibres musculaires se montrent de moins en moins nombreuses; ces fibres se vacuolisent assez souvent à leur centre et alors elles disparaissent par atrophie simple, comme dans le cas précédent.

Enfin, dans beaucoup de cas, surtout au pourtour des artérioles et des capillaires envahies, la fibre musculaire s'élargit et se renfle en un point limité; ce renflement formant un fuseau sur la fibre vue à plat.

Les noyaux du sarcolemme se multiplient, envahissent entre les fibrilles la masse protoplasmique du muscle, et la transforment en une cellule gigantesque bourrée de noyaux. En même temps les fibrilles disparaissent.

Ce processus de prolifération des noyaux du sarcolemme est fréquent dans un certain nombre de cas de destruction de la fibre musculaire (Navalichin, archiv. slaves de zoologie, t. I, page 134, 1886).

« Quelques fibres ainsi envahies, ont un aspect tout à fait particulier ; celui de cellules géantes développées au dépend d'une fibre musculaire striée. »

Disons de suite, que sur ce point, nous nous séparons complètement de Pillet ; nous développerons plus loin les arguments que nous avons à présenter pour soutenir notre opinion ; mais nous tenons auparavant à rapporter la fin de la très belle observation de Pillet.

« Sur une coupe transversale ces éléments (cités plus haut), les noyaux protoplasmiques apparaissent volumineux, parfaitement sphériques, clairs. Munis à leur centre d'un nucléole très apparent, ils se disposent en couronne à la périphérie de l'élément, dont le centre prend un aspect

homogène et réfringent, indice de la coagulation vitreuse de l'élément. La fibre musculaire peut donc se transformer en cellule géante tuberculeuse, comme un capillaire, comme un cul-de-sac glandulaire. »

Ainsi, d'après Pillet, la tuberculose primitive des muscles, interstitielle à son début pourrait, dans certains cas, rare il est vrai, devenir parenchymateuse.

Avant Pillet, certains auteurs avaient soutenus cette hypothèse.

Vaillard dans l'observation de Delorme considère le cas, comme un exemple de myosite *parenchymateuse* primitive à bacille de Koch. « La fibre musculaire, dit-il textuellement, a totalement disparu, elle est remplacée par un semis épais de nodules tuberculeux avec ou sans cellules géantes. C'était une tuberculose massive totale d'un des plus grands muscles de l'économie, une véritable substitution de follicule tuberculeux à la substance musculaire. »

A cela nous répondrons avec MM. R. Petit et U. Guinard (*Gazette hebdomadaire*, 1899), que du fait que les follicules tuberculeux ont pris la place des fibres musculaires striées, il ne s'en suit pas que ces follicules se soient formés dans les fibres musculaires. Car il faut pour affirmer l'existence d'une tuberculose musculaire parenchymateuse

primitive constater une lésion tuberculeuse au début en pleine fibre musculaire. Ce n'est pas ce que nous montre l'observation ci-dessus.

Pillet, au contraire, nous fait assister à l'éclosion de cellules géantes dans les fibres musculaires. Il décrit soigneusement les noyaux multiples « clairs et à nucléoles bien apparents, situés à la périphérie de ces cellules géantes. Que faut-il penser de cette constatation ? Pour nous, nous pensons qu'il y a là une erreur d'interprétation et nous proposerons à sa place cette très belle et très séduisante hypothèse, qui a été présentée pour la première fois croyons-nous, dans le travail signalé plus haut de MM. R. Petit et U. Guignard, à propos d'une observation d'un malade du Professeur Le Dentu.

Il s'agit de coupes de tuberculose musculaire primitive. « Les lésions, disent les auteurs, se présentent sous les formes suivantes : En certains points, il existait des foyers caséeux plus ou moins étendus, au niveau desquels les fibres musculaires avaient été complètement détruites. Ailleurs, on voyait dans le tissu conjonctif interstitiel des débris caséeux moins étendus, et les fibres musculaires voisines présentaient des altérations dont nous allons parler.....

« Quant à la fibre musculaire dans les points

les moins atteints, coupés transversalement, elle apparaissait entourée de noyaux l'échancrant et qui, à première vue, *auraient pu en imposer pour des cellules géantes*. Puis, elle perdait sa striation transversale et devenait granuleuse, puis vitreuse en même temps que l'on trouvait des noyaux en son milieu. Plus loin, le faisceau musculaire était dissocié en travers, par le prolongement de ces éléments cellulaires et se colorait mal.

« On sait que Metchnikoff (Annales de l'Institut Pasteur, 1892) a signalé dans son étude sur l'atrophie des muscles pendant la transformation des batraciens, la présence de *myophages*, phagocytes sarcoplastiques que Soudakewitch (Annales de l'Institut Pasteur, 1892), a également observé en étudiant les modifications des fibres musculaires dans la trichinose.

« Dans les processus de disparition de la fibre musculaire, atrophie de la queue du têtard, trichinose, on observe sur les bords des fibres musculaires, des éléments cellulaires formés par la prolifération du sarcoplasma et de ses noyaux. Ces éléments cellulaires s'observent même en pleine fibre musculaire; ils poussent ensuite des prolongements dans les interstices des fibrilles, disloquent le faisceau musculaire, et le divi-

sent en tronçons. Ceux-ci sont englobés par les prolongements de ces phagocytes musculaires qui les digèrent. Or, dans nos préparations, nous avons pu voir nettement des figures analogues, que nous avons, du reste, montrées à M. Metchnikoff et qui sont des phagocytes musculaires.»

« Il s'agissait donc là d'un véritable processus général physiologique et pathologique de destruction des fibres musculaires par des phagocytes spéciaux *les myophages*. »

Pour notre part, nous pensons que, ce que Pillet dans l'observation citée plus haut, a pris pour des fibres musculaires portant en leur centre une cellule géante à noyaux multiples, n'était en réalité, que des myophages chargés de faire disparaître les fragments des fibres striées en partie détruites par la prolifération conjonctive péri-folliculaire.

Cette explication fait comprendre mieux que n'importe quelle autre hypothèse, la disparition des fibres musculaires aux alentours des nodules tuberculeux. Elle laisse subsister, sans atteinte, la théorie du développement interstitiel de la tuberculose primitive des muscles.

SYMPTOMATOLOGIE

On assiste rarement au début de la myosite tuberculeuse. Le plus souvent, les malades ne s'aperçoivent de la présence de leur tumeur que lorsque celle-ci est relativement volumineuse.

Ce n'est qu'à la suite de circonstances toutes fortuites que le malade vient consulter à une époque rapprochée du début. C'est ainsi que dans l'observation II de Morestin, un soldat découvrit la petite tumeur dont il était porteur parce que la courroie de son sac portait précisément à ce niveau. Parfois, c'est un traumatisme qui appelle l'attention sur le muscle malade et semble être la cause efficiente de la tumeur constatée. Chez l'enfant cité dans l'observation de Grout, la tuméfaction que l'on constata après un traumatisme ayant porté sur la face antérieure de la cuisse fut attribuée à un épanchement primitif de sérosité ; la ponction pratiquée presque aussitôt ramena du pus épais et granuleux. Dans une autre observation une journalière fait dater l'appar-

rition de sa tumeur brachiale d'un surmenage musculaire.

Mais le plus souvent, ces causes occasionnelles font elles-mêmes défaut et seuls le volume ou la multiplicité des tumeurs attirent sur elles l'attention du malade.

Si dans les antécédents héréditaires on trouve peu fréquemment des traces de tuberculose, il est en revanche assez commun de constater des signes bien nets d'une tuberculose locale antérieure.

Les lésions concomittantes les plus fréquemment rencontrées siègent dans le tissu cellulaire, les articulations, les os, et les ganglions; beaucoup plus rares sont les lésions pulmonaires. On rencontre souvent en effet des gommes, des tumeurs blanches, des ostéites, des abcès froids; mais sur 25 observations, nous ne trouvons que trois ou quatre fois seulement des lésions pulmonaires; encore dans un cas (observ. de Lanz et de Quervain) la tuberculose du muscle était-elle arrivée au stade de fistulation cutanée.

C'est dans le plus petit nombre des cas qu'on se trouve en présence d'individus jouissant d'une santé satisfaisante, doués même d'une constitution vigoureuse et robuste; et ces cas sont singulièrement embarrassants pour le diagnostic de l'affection,

Nous n'avons pas fait jusqu'à présent de distinction parmi les différents aspects, et nous pouvons déjà dire, parmi les différents stades de la myosite tuberculeuse primitive. Mais au moment d'aborder la description des symptômes locaux, il devient nécessaire d'envisager séparément la tubercule, l'abcès froid, l'infiltration diffuse du muscle.

Le tubercule. — A l'inspection on constate, lorsque la tumeur siège dans un muscle étalé, que la peau, presque toujours saine et de couleur normale, est soulevée par une saillie globuleuse plus ou moins marquée. Aux membres, la saillie présente généralement la forme d'un ovale très allongé à grand axe dirigé dans le sens des fibres musculaires.

Il est exceptionnel que l'inspection dévoile à première vue une rétraction musculaire comme dans le cas de de Quervain où la tête était fortement diviée par la rétraction du sterno-cléido-mastoïdien.

La palpation montre que la peau est souple, très rarement œdématiée, qu'il n'y a pas d'hyperthermie locale. La tumeur que le relâchement maximum du muscle permet de bien délimiter est de grosseur très variable, depuis celle d'une noisette jusqu'à

celle d'un œuf de poule. Il arrive d'ailleurs le plus souvent, que l'on rencontre tous les intermédiaires sur le même muscle, ou tout au moins sur le même individu ; car dans la myosite tuberculeuse primitive l'unicité des tumeurs est l'exception, la multiplicité est la règle. Quant à sa consistance, le nodule tuberculeux est dur ou rénitent, et ne donne que rarement une vague sensation de fluctuation.

Il arrive aussi que l'on sente une région nettement fluctuante soit parsemée, soit entourée d'une masse de petits nodules durs et marronnés. Il est infiniment probable que l'on se trouve alors en présence de lésions complexes comprenant des éléments à différents stades de leur évolution dont les uns sont déjà ramollis, les autres à peine caséeux.

Il est en général facile de s'assurer que le tubercule siège bien en réalité au sein du muscle. Sa complète indépendance d'avec la peau qui est normale et se plisse très facilement au-devant de lui ; d'avec le squelette au-devant duquel il se meut, lorsque le muscle est en relâchement, sont des présomptions précieuses que va confirmer l'étude de la contracture musculaire.

Deux ordres de faits peuvent se produire. Si la tumeur siège dans un muscle profond,

ou siège profondément dans un muscle, la tumeur masquée par la contraction des fibres superficielles semble disparaître sous le doigt qui l'explore : si la tumeur est superficielle, elle s'énuclée, durcit, s'immobilise.

Dans certains cas enfin, les mouvements volontaires provoquent une mobilisation de la tumeur. Ce détail déjà mentionné dans l'observation de Grout est bien établi par l'observation de Morestin qui montre la tumeur « subissant un léger mouvement d'ascension lorsque les muscles se contractent, semblant au contraire attirés en bas quand on étend les doigts et en particulier les trois derniers. »

L'abcès froid. — La symptomatologie clinique de l'abcès froid ne diffère pas essentiellement de celle du tubercule dont il est l'aboutissant presque fatal. On comprendra aisément que le siège, la forme, le volume en seront à peu près identiques.

L'inspection démontre la même indépendance de la peau et l'observation de Lejars dans laquelle la peau était rouge brunâtre et œdématiée reste un fait exceptionnel.

Souvent fluctuant, rénitent parfois, l'abcès froid peut être d'une dureté extrême surtout au moment d'une contraction musculaire. De plus, l'abcès froid ne reste pas toujours dans

ses limites originelles. S'étendant hors de la gaine aponévrotique, il peut soit s'étaler sous la peau, soit fuser dans les interstices inter-musculaires, soit gagner la profondeur.

Dans l'observation de Leclerc, de Saint-Lô, l'abcès froid dont l'origine était dans les muscles de la paroi abdominale formait dans la profondeur une vaste collection séparée seulement de la cavité abdominale par le fascia sous-péritonéal resté intact.

Lorsque le pus se collecte dans le tissu cellulaire sous-cutané on se trouve en présence d'un abcès froid tuberculeux d'origine musculaire analogue à ceux qui tirent leur origine soit des ganglions, soit des os.

Dans le tubercule aussi bien que dans l'abcès froid, les troubles fonctionnels sont singulièrement inconstants; et la remarquable indolence qui marque le début de la tuberculose musculaire se poursuit le plus souvent pendant toute l'évolution de la maladie. Des douleurs spontanées ou provoquées par la pression, sont toutefois notées dans trois observations de Lejars, Habermaas, de Quervain. A noter encore l'observation de Morestin où des irradiations douloureuses sont provoquées dans le cubital par le voisinage de la tumeur et où une légère rétraction des trois derniers doigts témoignent d'une paralysie incomplète de ce nerf.

L'impotence fonctionnelle est rare. Elle peut se traduire par de la gêne de la marche (Lejars); par l'impotence de la main par suite d'un abcès situé dans la gaine des fléchisseurs (Grout).

A travers cette symptomatologie, la myosite tuberculeuse poursuit lentement sa marche; sans température, sans réaction générale, à moins pourtant qu'une infection intercurrente vienne en surajoutant ses lésions, changer le tableau clinique. Lorsque le tubercule s'est ramolli et que l'abcès s'est constitué, le pus peut ou bien rester collecté sous la peau jusqu'au moment où celle-ci s'étant ulcérée, on aura une fistule tuberculeuse banale; ou bien échappant à ses limites primitives, aller former les foyers secondaires que nous avons signalés précédemment; ou bien se propager aux organes voisins.

Cette propagation constitue une des complications les plus redoutables et l'envahissement des gaines synoviales dans l'observation de Lejars en est un excellent exemple. La compression nerveuse avec paralysie possible (Morestin), l'atrophie musculaire complètent ce chapitre des complications parmi lesquelles il faut encore ranger les récidives sur place si constantes d'après les auteurs dans la tuberculose du muscle.

Quant à l'infiltration tuberculeuse sclé-

reuse du muscle ou mieux à la cirrhose musculaire tuberculeuse, son histoire clinique, quand elle en a une, se confond absolument avec le tuberculome. C'est pourquoi nous n'insisterons pas davantage, sur cette forme.

PRONOSTIC

Considérée en tant qu'affection locale, la tuberculose primitive des muscles n'est pas une affection bien grave. On l'a vu dans certains, comme nous le faisons remarquer plus haut, avoir une marche envahissante et s'étendre à la faveur des espaces fasciculaires dans la continuité du muscle, et de son tendon ; mais ces faits sont l'exception.

En général, le mal est circonscrit ou du moins s'étend lentement, et l'intervention qui le fera disparaître, n'aura pas à créer un trop grand délabrement.

Mais en tant qu'affection générale, le pronostic de la tuberculose musculaire primitive s'assombrit.

Nous savons bien que dans quelques observations, il est noté que le malade a toutes les apparences d'une santé excellente et qu'on ne trouve pas chez lui, d'autres localisations de la tuberculose.

Nous savons bien que les malades, après une intervention bien conduite n'ont pas de récidives sur place et sont revus six mois,

un an, deux ans après absolument indemnes.

Mais ce ne sont pas là les cas les plus nombreux. Bien plus souvent, au contraire, on voit succéder à la myosite tuberculeuse, ici une poussée de tuberculose pleurale, péricardique, péritonéale (cas de Delorme), là, une synovite fongueuse cutanée, une tumeur blanche (cas de Lejars), ailleurs des abcès froids d'origine osseuse, un mal de Pott, une pneumonie caséeuse (cas de Le Dentu), et si la mort du malade n'est pas toujours notée à la fin de l'observation, on ne peut guère douter dans ces cas, qu'elle n'arrive bientôt.

En somme, nous nous trouvons d'accord avec Hémery, pour dire que si la guérison locale de la tuberculose musculaire est souvent obtenue, il n'en est pas moins vrai que bien souvent aussi, les malades finissent par succomber après un laps de temps variable à d'autres manifestations de leur inexorable mal.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose musculaire primitive est simple ou difficile, suivant les cas.

Simple, si le malade est porteur d'autres lésions bacillaires bien caractérisées, il peut être impossible à faire par les seules données de la clinique, alors qu'on se trouve en présence d'une localisation primitive de la maladie.

Trois voies nous conduisent à ce diagnostic :

1° L'examen clinique du malade et de sa lésion ;

2° L'intervention opératoire ou une ponction exploratrice ;

3° L'examen microscopique des pièces et l'inoculation au cobaye.

1° Diagnostic clinique.

Avant tout, il s'agit de localiser le mal.

On s'assurera donc que la tumeur est indépendante :

1° Des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané ;

2° Du squelette ;

3° Des gros vaisseaux ou nerfs de la région ;

4° Et dans certains cas des synoviales articulaires ou tendineuses, des ganglions, des bourses séreuses.

La tumeur est donc située au milieu des masses musculaires.

En effet, le muscle est-il relâché, la tumeur est mobile. Au contraire, pendant la contraction musculaire, elle est fixée ; elle durcit, elle devient plus apparente, dans certains cas ; elle disparaît sous une bande dure dans d'autres.

Notre diagnostic de localisation est fait.

L'étude attentive du malade et de sa lésion, nous a révélé une induration commençante du sommet du poumon ; elle nous a appris combien est lente, d'évolution progressive et froide, la lésion. Nous inclinons vers la tuberculose primitive des muscles ; nous avons différencié le myosite de l'abcès froid : Quelles sont les autres affections musculaires qu'il nous faut passer en revue et rejeter, pour persister dans notre diagnostic :

1° Il s'agit de la myosite tuberculeuse :

Il nous faut éliminer :

a) La pseudo-tumeur due à la rupture d'un muscle qui se caractérise par le triade symptomatique suivante : ecchymose; encoche musculaire, tumeur.;

b) La pseudo-tumeur due à la hernie musculaire, molle, dépressible, et réductible au repos. et dont la consistance et le volume changent suivant les diverses attitudes des muscles.

c) La forme circonscrite de la myosite ossifiante, l'ostéome professionnel, d'une dureté caractéristique et à surface irrégulière.

d) Le noyau de phlébite intra-musculaire chez les variqueux, s'il s'agit d'une lésion du membre inférieur;

e) La gomme syphilitique à l'état de crudité que son indolence, les autres stigmates d'une vérole remontant à quelques années déjà et surtout l'effet du traitement spécifique suffiront à différencier.

f) La série des tumeurs bénignes, extrêmement rares et qui n'ont pas d'histoire clinique, mais surtout la tumeur maligne, le sarcome douloureux, amenant rapidement la gêne fonctionnelle, grossissant vite.

2^e Il s'agit de l'abcès froid extra-musculaire.

Il faut éliminer :

a) La série des inflammations suppura-

tives du muscle. Elles ont la marche d'une infection aiguë : fièvre élevée, mauvais état général. Leur cortège de rougeurs cutanées d'œdème et de vives douleurs les différencie rapidement.

b) L'abcès intra-musculaire chronique à évolution froide comme l'abcès tuberculeux. Il apparaît au décours d'un processus inflammatoire aigu ; il est multiple.

c) L'hématome ancien : il procède d'un traumatisme antérieur ; il s'enkyste, reste des mois et des mois sans se résorber ; il peut grossir tout d'un coup après une période de lactence, il peut suppurer.

d) Le kyste hydatique, suppuré ou non et le diagnostic est souvent impossible par les seules données cliniques.

e) Certains lipomes et certains sarcomes, fluctuants. Les auteurs citent encore, les manifestations intra-musculaires de la morve et lactinomycose.

Le seul examen clinique, nous l'avons déjà dit, en fait de tuberculose musculaire est bien souvent insuffisant pour assurer le diagnostic.

Les constatations faites au cours de l'intervention opératoire, ou plus simplement dans quelques cas, la ponction exploratrice apporteront leur utile contribution, redresseront d'inévitables erreurs.

C'est la ponction exploratrice qui démasquera les abcès froids à parois si épaisses et si dures qu'on n'en peut constater la fluctuation.

C'est par l'acte opératoire que sont reconnus le kyste hydatique, le lipome ou le sarcome mous. Bien plus, quel est le chirurgien, qui, avant l'intervention, donnerait comme sûr son diagnostic de myosite tuberculeuse ?

Même avec les lésions sous les yeux il est des cas où l'on hésite encore. Delorme devant une forme particulièrement fongueuse d'abcès froid pensa avoir affaire à du sarcome.

Hemery, cite un cas du professeur Le Dentu, dans lequel à côté d'une grosse masse sarcomateuse du biceps sural, restait une véritable sarcomatose miliaire, étendue à tout le muscle ; on aurait juré être en présence d'une tuberculose musculaire.

Dans ces cas, l'examen microscopique était indispensable. Est-il toujours une garantie, non certes, puisque les plus savants histologistes ne peuvent pas toujours distinguer au microscope une gomme syphilitique d'un tuberculome. Ainsi, on est conduit, en dernière analyse, à demander à l'inoculation au cobaye une démonstration irréfutable.

Ajoutons cependant que dans la plupart des observations, la marche de l'affection, la coexistence d'autres lésions tuberculeuses ; une étude attentive des caractères objectifs de la tumeur et surtout l'intervention opératoire ont permis de poser sans hésitation, le diagnostic de tuberculose musculaire primitive.

TRAITEMENT

Nous avons vu au chapitre des complications, que la tuberculose musculaire primitive peut, usant les parois aponévrotiques.

a) Envahir le tissu cellulaire sous-cutané et ulcérer la peau.

b) Englober et comprimer des troncs nerveux importants.

c) Envahir les synoviales péri-tendineuses.

De ces faits, nous semble-t-il, se dégagé cette conclusion : il faut extirper tôt les foyers primitifs de tuberculose musculaire. Et cela, non pas, comme le dit si bien. Lejars, dans l'espoir chimérique de faire l'éradication du mal et de prévenir la généralisation ; mais pour arrêter l'envahissement local, et préserver le tissu voisin et le reste du membre.

Ce n'est pas tout. L'infiltration microscopique de la tuberculose dans les espaces conjonctifs qui séparent les fibres striées ; la dif-

fusion des lésions dans un tissu musculaire sain en apparence justifie cette autre conclusion qu'il faut tailler largement dans le muscle à bonne distance des limites visibles du mal. C'est la seule manière d'éviter une récurrence, qui serait fatale avec une intervention trop économique. C'est là encore l'opinion de Lejars ; c'est aussi l'opinion de Lanz et de Quervain qui recommandent même l'excision totale du muscle, s'il est de peu d'importance fonctionnelle ou s'il est envahi sur une grande partie de sa longueur. « En effet, dans ce dernier cas, ce muscle ne saurait plus être utile et même nuirait à la libre action des muscles voisins, il y a donc bénéfice à le supprimer. » Lejars.

Cependant, on ne peut pas toujours être aussi radical. S'il s'agit par exemple d'un abcès froid de grand volume et étendu à plusieurs muscles à la fois comme il est arrivé pour les fléchisseurs de la main (observation de Grout) le délabrement serait trop considérable. On est autorisé, dans ce cas, et on peut le faire avec de bons résultats à employer la même technique que pour l'abcès froid ganglionnaire : Incision, curetage, attouchement au chlorure de zinc, réunion de la peau avec drainage.

CONCLUSIONS

La tuberculose musculaire primitive est une affection rare.

Elle est à peu près inconnue dans la race bovine ; bien plus il semble que la chair musculaire provenant de ces animaux ait une action antitoxique vis-à-vis du bacille de Koch. (Expériences du professeur Richet.)

La tuberculose primitive des muscles naît et se développe dans le tissu conjonctif du muscle ; c'est une tuberculose interstitielle. Elle respecte la fibre striée.

Comme partout, le tubercule évolue dans deux sens : caséification au centre ; production du tissu fibreux à la périphérie ; on connaît même une tuberculose musculaire primitive à forme fibreuse.

Le diagnostic est à faire avec à peu près toutes les affections du muscle ;

Il sera complété par l'examen microscopique des pièces et l'inoculation au cobaye.

Le traitement local de la tuberculose primitive des muscles est un traitement chirurgical.

L'intervention doit être précoce, elle doit être large.

Vu le Doyen, BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

LE DENTU

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- LATOUP. — Thèse de doctorat, Paris, 1803.
— Compendium de chirurgie, 1851, tome II.
TANTUM. — Holmes Caote, system. of surgery (1859).
LINHADR. — Oesterreichische Zeitsrif. f. prat. Weilk, (1859).
P. FISCHER. — Union médicale de la Gironde, 1859.
A. DESPRÈS. — Thèse d'agrégation, 1866.
HABERMAAS. — Beitrage zur Klin. chirurg. de Bruns, 1886.
MULLER. — Beitrage zur k. ch. de Bruns, 1886.
H. FISCHER. — Lehrb. der allgem. chirurg.
LANCEREAUX. — Anatomie pathologique, tome III.
MOULÉ. — Semaine médicale, 1890, n° 24.
DELOUME. — Congrès franç. de chirurgie, 1891.
J. REVERDIN. — id.
OTTO LANZ et de QUERVAIN. — Arch. f. klinische chirurg. tome XLVI, 1893.
CADIOT, GILBERT et ROGER. — Congrès de la tuberculose, 1893.
LEJARS. — id.
LECLERC. — id.
MORESTIN. — Bulletin de la Société anatomique, 1896.
LYOT. — Traité de chirurgie clinique. Le Dentu et Delbet, 1896.
LEJARS. — Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, 1897.
GROUT. — Thèse de Paris, 1897.
HÉMERY. — Thèse de Paris, 1897.
Prof. NOTHNAGEL. Spezulle pathol. et thérapeuthique B. d. Wien. 1898.
LEJARS. — Revue de la tuberculose, 1899, n° 3.
R. PETIT et GUINARD. — Gazette hebdomadaire, 1899, n° 43
CHARLES RICHT. — Revue de la tuberculose, 1901, n° 1.

